

بررسی تاثیر آموزش بر آگاهی و اعتقادات دانشجویان دختر ساکن خوابگاه‌های دانشگاه تهران در مورد غربالگری سرطان پستان (سال ۸۲-۱۳۸۱)

دکتر فرید عبادی فرد آذر^۱ / دکتر شهناز ریماز^۲ / محمد زکریا کیایی^۳ / فاطمه رحمتی نجار کلایی^۴

چکیده

مقدمه: سرطان پستان شایع‌ترین سرطان زنان است و دومین علت مرگ ناشی از سرطان در اکثر کشورهای دنیا محسوب می‌شود. بر اساس مطالعات موجود، روش‌های تشخیص زودرس سرطان پستان، مرگ و میر ناشی از بیماری را کاهش می‌دهد. بدین لحاظ این مطالعه با هدف بررسی تاثیر آموزش غربالگری سرطان پستان بر آگاهی و اعتقاد دانشجویان مقطع کارشناسی ساکن خوابگاه‌های فاطمیه کوی دانشگاه تهران با استفاده از مدل اعتقاد بهداشتی، صورت پذیرفته است.

روش بررسی: این تحقیق به روش نیمه تجربی از نوع قبل و بعد (before and after) با ویژگی خود کنترلی بر روی ۹۹ نفر دانشجوی مقطع کارشناسی ساکن خوابگاه‌های فاطمیه کوی دانشگاه تهران صورت پذیرفت که از طریق نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای و به طور تصادفی انتخاب شده بودند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه و ارائه آموزش بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی و به طریق سخنرانی همراه با جزوه، بروشور و نمایش فیلم و اسلاید بود. نتایج با کمک جداول، نمودارها و آزمون‌های زوج، آنالیز واریانس یک طرفه و کای دو مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. بر اساس نتایج این مطالعه، محدوده سنی دانشجویان بین ۲۰ تا ۲۵ سال قرار داشت و ۹۲/۹٪ نمونه‌ها مجرد بوده و ۱۷/۲٪ دارای سابقه خانوادگی سرطان پستان در اقوام و خویشاوندان خود بوده و ۱۲٪ آنها دارای سابقه بیماری یا ناراحتی در پستان خود بودند.

یافته‌ها: میانگین نمرات آگاهی از بیماری سرطان پستان و روش‌های غربالگری سرطان پستان قبل از آموزش ۵/۶۸ (از کل ۲۲ سوال) بود در حالی که بعد از آموزش به ۱۶/۹۶ رسید. نتایج آزمون زوج در مورد میانگین نمرات آگاهی و اعتقادات بهداشتی دانشجویان اختلاف آماری معنی داری را بین آزمون اولیه و آزمون ثانویه پس از آموزش نشان داد. ($P < 0/0001$)

نتیجه‌گیری: برطبق نتایج این مطالعه، آموزش پیشگیری از سرطان پستان می‌تواند سبب ارتقاء آگاهی و اعتقاد در زمینه شدت درک، حساسیت درک، تهدید درک، منافع درک و راهنمای عمل در بعد خارجی و کاهش موانع درک در زمینه روش‌های غربالگری سرطان پستان شود. این پژوهش انجام مطالعات تجربی در زمینه بررسی تاثیر آموزش بر آگاهی، اعتقاد و عملکرد خودآزمایی پستان، معاینه بالینی و ماموگرافی را در زنان در معرض خطر سرطان پستان با به کارگیری انواع مدل‌های آموزش بهداشت پیشنهاد می‌کند.

واژه‌های کلیدی: آگاهی و اعتقاد، غربالگری، سرطان پستان

۱- دانشیار، عضو هیئت علمی دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایران (Ph.D)

۲- استادیار، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایران (Ph.D)

۳- عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قزوین

۴- کارشناس ارشد آموزش بهداشت

مقدمه

سرطان پستان شایع ترین سرطان مهاجم زنان است (۱) و (۲) و بعد از سرطان ریه، دومین علت مرگ ناشی از سرطان در اکثر کشورهای دنیا محسوب می شود (۳) و (۴).

سالیانه بیش از یک میلیون موارد جدید سرطان پستان در دنیا گزارش می شود که بیش از سیصد هزار نفر از این افراد، بر اثر این بیماری جان خود را از دست می دهند (۵).

سرطان پستان، مهم ترین علت مرگ زنان در دوره سنی ۳۵ تا ۵۴ سال است (۶) و ۳۰٪ از کل سرطان های زنان (۷) و ۱۸٪ از مرگ های مربوط به سرطان را در زنان، تشکیل می دهد (۸).

طبق پیش بینی انجمن سرطان آمریکا در سال ۲۰۰۲، در حدود ۲۰۳۵۰۰ مورد جدید بیماری سرطان پستان در بین زنان ایالات متحده تشخیص داده می شود (۹). احتمال ابتلای یک زن به سرطان پستان در آمریکا در سال ۱۹۶۰، ۱ به ۱۴، در سال ۱۹۷۰، ۱ به ۱۳، در سال ۱۹۸۰، ۱ به ۱۱ بوده است (۱۰)، و در سال ۱۹۹۹ به یک نفر از هر هشت زن رسیده است (۱۱).

بروز سرطان پستان در طی ۴ دهه گذشته افزایش داشته است و در سال ۱۹۸۷ به حد پلاتو رسیده است (سالیانه ۱۸۰۰۰۰ مورد جدید سرطان مهاجم). میزان مرگ و میر بیماری، سالیانه ۴۴۰۰۰ مورد بود تا اینکه در سال ۱۹۹۰، کاهش در میزان مرگ و میر بیماری آغاز گردید (۱۲). این کاهش نسبی مرگ ناشی از افزایش موفقیت در برنامه های تشخیص زودرس بیماری و درمان آن است (۱۳).

با توجه به برخی خصوصیات سرطان پستان از قبیل رشد آهسته، قابل تشخیص بودن در مراحل اولیه و موثر بودن درمان در این مراحل، غربالگری سرطان پستان به عنوان یکی از روش های کنترل بیماری از اهمیت به سزایی برخوردار است (۱۴). روش های غربالگری سرطان پستان شامل: خودآزمایی پستان، غربالگری دوره ای با ماموگرافی و معاینه بالینی پستان می شود (۱۵).

سالیان زیادی است که متخصصان مراقبت بهداشتی و حامیان سلامتی، خودآزمایی پستان را به عنوان کلید تشخیص سرطان در مراحل اولیه ذکر می کنند (۱۶).

گرین والد (Greenwald) و همکاران او تخمین می زنند خودآزمایی پستان ۱۹٪ مرگ و میر سرطان پستان را کاهش می دهد.

همچنین در مطالعه فوستر و کاستانازا (Foster Costanaza) میزان بقا ۵ ساله بیماران با انجام خودآزمایی پستان، ۱۸٪ افزایش یافت. مزیت خودآزمایی پستان این است که بدون صرف هزینه و راحت است (۱۷). با این وجود تنها، ۱۵ تا ۴۰٪ زنان خودآزمایی پستان را به طور ماهیانه انجام می دهند (۱۸).

تحقیقات نشان داده است که معاینه فیزیکی پستان تاثیر قابل توجهی در کاهش مرگ و میر سرطان پستان در زنان ۴۰ تا ۵۰ ساله داشته است، لذا زنان در کنار دیگر معاینات ژنیکولوژیک خود، باید از امکانات معاینه فیزیکی پستان نیز بهره مند شوند (۱۹). روش دیگر غربالگری ماموگرافی است که به عنوان برترین ابزار تشخیص سرطان پستان محسوب می شود. هدف انستیتو سرطان بین المللی در سال ۲۰۰۰، مشارکت ۸۰٪ زنان در برنامه های غربالگری منظم ماموگرافی است (۲۰). در کشور ما امکان غربالگری فراگیر با ماموگرافی به دلیل مسایل مالی، کمبود نیروی متخصص آموزش دیده و احتمالاً مسایل فرهنگی وجود ندارد لذا، طبق نظر اکثر متخصصان کشورمان در شرایط فعلی کشور، بهترین روش غربالگری استفاده از خودآزمایی پستان و معاینه فیزیکی برای تمام بانوان کشور و انجام ماموگرافی برای افراد در معرض خطر بیشتر است (۲۱). از آنجا که بروز سرطان پستان در کشور مادر حال افزایش است (۲۲). بنابراین، سرطان پستان از مسایل مهم بهداشتی در کشور ما است. نظر به اینکه در حال حاضر فرصت های پیشگیری اولیه از سرطان پستان محدود است، باید به پیشگیری ثانویه یعنی تشخیص به موقع بیماری توجه نمود (۳) و چون مدل اعتقاد بهداشتی (Health belief model)، مدل جامعی است که روی پیشگیری ثانویه و کنترل بیماری متمرکز است، لذا در این تحقیق از مدل اعتقاد بهداشتی به عنوان پایه برنامه های آموزش بهداشت استفاده شده است. مدل اعتقاد بهداشتی دارای ابعاد زیر می باشد:

۱- حساسیت درک شده

۲- شدت درک شده

۳- منافع درک شده

۴- موانع درک شده

۵- راهنمای عمل.

این مدل رابطه بین اعتقادات بهداشتی و رفتار را نشان می دهد (۲۴).



مطابق این مدل، هنگامی فرد عمل بهداشتی انجام می دهد که تهدیدی از بیماری را درک کند و حساسیت، شدت و ارزش بهداشتی آن عمل را تشخیص دهد (۲۵).

از آنجا که مطالعات گذشته، حمایت تجربی از توانایی مدل اعتقاد بهداشتی را در پیشگویی رفتارهای بهداشتی و پیشگیری نشان می دهد (۲۶) و نظر به جایگاه ویژه روش های تشخیص زودرس سرطان پستان در تأمین سلامت روحی و جسمی زنان و با توجه به اهمیت آگاهی و اعتقادات دانشجویان و وظیفه شغلی آنها در آینده، این مطالعه با هدف تعیین تاثیر آموزش بر آگاهی و اعتقادات بهداشتی دانشجویان ساکن خوابگاه های فاطمیه کوی دانشگاه تهران (با استفاده از مدل اعتقاد بهداشتی) انجام پذیرفت.

روش بررسی

نوع مطالعه نیمه تجربی و از نوع قبل و بعد بوده است و در آن تاثیر آموزش بر آگاهی و اعتقادات دانشجویان ساکن خوابگاه های فاطمیه کوی دانشگاه تهران نسبت به غربالگری سرطان پستان، بررسی شده است. جامعه مورد مطالعه کلیه دانشجویان مقطع کارشناسی ورودی سال ۱۳۸۰ ساکن خوابگاه های فاطمیه کوی دانشگاه تهران بودند. تعداد نمونه با استفاده از فرمول حجم نمونه با اطمینان ۹۵٪ و حد خطای قابل قبول ۰/۸ و با روش نمونه گیری خوشه ای چند مرحله ای ۱۱۵ نفر تعیین گردید که این تعداد دانشجو در چهار ساختمان خوابگاه های فاطمیه کوی ساکن بودند که در نهایت ۹۹ دانشجو در طی پژوهش همکاری کامل نمودند.

ابزار گردآوری داده ها در این پژوهش، پرسشنامه ای حاوی ۳ بخش بود که ۱۱ سوال در مورد مشخصات فردی و اجتماعی افراد تحت مطالعه، ۲۲ سوال مربوط به میزان آگاهی و ۱۹ سوال در مورد باورهای بهداشتی دانشجویان شامل فواید درک شده (۴ سوال)، حساسیت درک شده (۳ سوال)، شدت درک شده (۳ سوال)، موانع درک شده (۸ سوال) و راهنمای عمل در بعد عوامل خارجی (یک سوال ۱۵ قسمتی) طرح شده بود. اعتبار علمی پرسشنامه از روش اعتبار محتوی و اعتماد علمی (پایایی) پرسشنامه با روش آزمون مجدد (۸۵٪) تعیین گردید. به منظور اجرای طرح، نمونه های مورد پژوهش در

محیط خوابگاه به صورت خود ایفا، پرسشنامه اولیه را تکمیل نمودند. سپس در گروه های ۲۹ نفره در سالن اجتماعات مجتمع کوی، به شیوه سخنرانی همراه با پرسش و پاسخ همراه با نمایش فیلم و اسلاید آموزش حضوری یافتند.

در پایان آموزش، جزوه آموزشی و بروشور در اختیار آنها قرار گرفت و یک ماه بعد از آموزش، نمونه های مورد پژوهش در همان مکان بررسی شدند.

در مورد امتیاز دهی میزان آگاهی کسب امتیازات کمتر از ۷ به عنوان ضعیف، امتیازات بین ۷ تا ۱۵ متوسط و نمره بیشتر از ۱۵ به عنوان آگاهی خوب محسوب شد. برای هر پاسخ صحیح به سوالات آگاهی امتیاز (۱)، پاسخ غلط (۰) و پاسخ نمی دانم امتیاز (۰) در نظر گرفته شد.

برای هر سؤال حساسیت، شدت، موانع و منافع درک شده ۵ و کمترین امتیاز در نظر گرفته شده ۱ بود و در خصوص عبارات بی نظر امتیاز ۳ در نظر گرفته شد.

جهت تجزیه تحلیل اطلاعات با توجه به اهداف پژوهش از آزمون t زوج (paired t test)، مستقل، ضریب همبستگی پیرسون، کای دو و آنالیز واریانس یک طرفه و از نرم افزار SPSS, version 10,9، برای آنالیز اطلاعات استفاده گردید.

یافته ها

یافته های پژوهش در ارتباط با مشخصات فردی و اجتماعی نمونه های مورد مطالعه نشان می دهد که میانگین سنی افراد تحت مطالعه ۲۱ سال با انحراف معیار ۱/۱ و کمترین و بیشترین سن دانشجویان ۲۰ و ۲۵ سال بوده است. از نظر وضعیت تاهل، ۹۲/۹٪ افراد مورد مطالعه مجرد و ۷/۱٪ آنها متأهل بودند و محل تولد ۹۰/۹٪ نمونه ها در شهر واقع بود.

از نظر دانشکده محل تحصیل، ۱۶/۱٪ در دانشکده علوم، ۱۴/۱٪ در دانشکده جغرافیا، ۱۲/۱٪ در دانشکده الهیات، ۱۰/۱٪ زبان ها، ۹/۱٪ مدیریت، روانشناسی و هنر هر کدام ۸/۱٪ و ادبیات و علوم اجتماعی نیز هر کدام ۷/۱٪ و در دانشکده تربیت بدنی ۶/۱٪ مشغول تحصیل بوده اند. میزان تحصیلات پدر اکثر دانشجویان تحت بررسی در سطح دانشگاهی ۲۹/۹٪ بوده و همچنین ۸/۱٪ مادران بیسواد، ۳۴/۷٪ مادران تحصیلات ابتدایی و ۱۵/۳٪ آنها تحصیلات در حد دانشگاهی داشته اند.



بیشترین درصد دانشجویان تحت مطالعه ۷۰/۷٪ هیچ گونه سابقه ابتلا به سرطان پستان را در اقوام و اطرافیان و آشنایان خود ذکر نمودند؛ اما ۱۲/۱٪ سابقه بیماری را در بستگان درجه ۳ و اقوام دورتر و ۱۷/۱٪ سابقه بیماری را در آشنایان خود ذکر نموده‌اند. از نظر سابقه فردی بیماری یا ناراحتی پستان، ۸۷/۹٪ هیچ نوع ناراحتی یا بیماری پستان را ذکر ننمودند و از بین افرادی که سابقه بیماری یا ناراحتی پستان را ذکر نمودند، ۱۰/۱٪ دانشجویان، سابقه درد پستان را بیان نمودند.

قبل از آموزش، سطح آگاهی ۶۸/۷٪ از دانشجویان تحت بررسی ضعیف بود در حالی که بعد از آموزش هیچ فردی نمره ضعیف نداشت و ۳۲/۳٪ از آگاهی متوسط و ۶۷/۷٪ از سطح آگاهی خوبی برخوردار شدند. به طوری که میانگین نمرات آگاهی بیماری سرطان پستان و روش های غربالگری آن از ۵/۶۸ (قبل از آموزش) به ۱۶/۹۶ (بعد از آموزش) رسید. میانگین نمرات منافع درک شده دانشجویان از ۱۶/۵۹ (قبل از آموزش) به ۱۷/۹۳ (بعد از آموزش) رسید. در مورد نمرات منافع درک شده نیز میانگین نمرات از ۲۵/۰۵ به ۲۸/۸۱ افزایش پیدا نمود. همچنین میانگین نمرات حساسیت درک شده دانشجویان از ۱۰/۶۶، قبل از آموزش، به ۱۷/۴۲ بعد از آموزش افزایش یافت. همچنین، میانگین نمرات شدت درک شده دانشجویان از ۱۰/۲۰ به ۱۷/۶۶ ارتقا یافته، همچنین در مورد راهنمای عمل در بعد عوامل خارجی، میانگین امتیازات از ۲/۶۳ (قبل از آموزش)، به

۷/۰۴ (بعد از آموزش) افزایش یافته است. در مورد تمام عوامل فوق (آگاهی، حساسیت، شدت، موانع و منافع درک شده و راهنمای عمل در بعد عوامل خارجی) آزمون زوج اختلاف معنی داری را بین دو مرحله قبل و بعد از آموزش نشان داد (جدول ۲). بر اساس آزمون آماری کای دو ارتباط معنی داری بین وضعیت تاهل، محل تولد و سن دانشجویان تحت مطالعه با آگاهی و عوامل تشکیل دهنده مدل اعتقاد بهداشتی (حساسیت و شدت درک شده، منافع و موانع درک شده، راهنمای عمل در بعد خارجی) وجود نداشته است. آزمون آنالیز واریانس یک طرفه نشان داد که بین اجزای مدل اعتقاد بهداشتی (حساسیت، شدت، منافع و موانع درک شده و راهنمای عمل در بعد عوامل خارجی) در مورد بیماری سرطان پستان و روش های غربالگری سرطان پستان با تحصیلات پدر، ارتباط آماری معنی داری مشاهده نشد و در مورد تحصیلات مادر جز در رابطه با موانع درک شده در بقیه موارد ارتباط معنی دار آماری مشاهده نگردید (جدول ۳). همچنین بر اساس آزمون مستقل بین اجزا مدل اعتقاد بهداشتی با سابقه بیماری یا ناراحتی در پستان دانشجویان مورد بررسی، جز در مورد حساسیت و تهدید درک شده، اختلاف آماری معنی داری مشاهده نشد و در مورد رابطه با سابقه خانوادگی سرطان پستان نیز اختلاف آماری معنی داری مشاهده نگردید.

جدول ۱: توزیع فراوانی وضعیت آگاهی دانشجویان تحت بررسی ساکن خوابگاه فاطمیه کوی دانشگاه تهران قبل و بعد از آموزش در مورد سرطان پستان و روش های غربالگری سرطان پستان سال ۸۲-۱۳۸۱

وضعیت آگاهی	قبل از آموزش		بعد از آموزش	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
ضعیف (نمره ۲-۷)	۶۸	۶۸/۷	۰	۰
متوسط (نمره ۷-۱۵)	۳۱	۳۱/۳	۳۲	۳۲/۳
خوب (نمره ۱۵-۲۲)	۰	۰	۶۷	۶۷/۷
جمع	۹۹	۱۰۰	۹۹	۱۰۰
میانگین و انحراف	۵/۸۶±۳/۵۷		۱۶/۹۶±۳/۰۷	

جدول ۲: مقایسه میانگین نمرات آگاهی و عوامل تشکیل دهنده مدل اعتقاد بهداشتی در دانشجویان تحت بررسی قبل و بعد از آموزش سال ۸۲-۱۳۸۱

تاثیر آموزش	p	df	t	بعد از آموزش		قبل از آموزش		وضعیت آگاهی و عوامل مدل
				mean± sd	n	mean± sd	n	
+	۰/۰۰۰	۹۸	-۲۳/۸۵	۱۶/۶۹±۳/۰۷	۹۹	۵/۸۶±۳/۵۷	۹۹	آگاهی
+	۰/۰۰۳	۹۸	-۳/۰۱	۱۱/۴۲±۱/۹۱	۹۹	۱۰/۶۶±۲/۲۰	۹۹	حساسیت درک شده
+	۰/۰۰۰	۹۸	-۴/۹۲	۱۱/۶۶±۲/۰۳	۹۹	۱۰/۲۰±۲/۶۷	۹۹	شدت درک شده
+	۰/۰۰۰	۹۸	-۵/۷۵	۲۳/۰۸±۳/۰۳	۹۹	۲۰/۸۶±۳/۷۰	۹۹	تهدید درک شده
+	۰/۰۰۰	۹۸	-۴/۵۱	۱۷/۹۳±۱/۹۰	۹۹	۱۶/۵۹±۲/۴۹	۹۹	منافع درک شده
+	۰/۰۰۰	۹۸	۷/۹۰	۲۸/۸۱±۴/۸۲	۹۹	۲۵/۰۵±۴/۱۱	۹۹	موانع درک شده
+	۰/۰۰۰	۹۸	-۱۶/۶۹	۷/۰۴±۲/۲۶	۹۹	۲/۳۶±۱/۷۱	۹۹	راهنمای عمل در بعد خارجی

بحث و نتیجه گیری

با وجود آنکه سرطان پستان یک سرطان بسیار شایع در زنان دنیا است و هم چنان به عنوان یکی از دلایل مهم مرگ های ناشی از سرطان مطرح است (۲۷)، فقط ۳۷۳٪ از دانشجویان قبل از آموزش آگاهی متوسطی از بیماری سرطان پستان و روش های غربالگری آن داشتند و ۶۸٪ آنها در این زمینه آگاهی کمی داشتند (مطابق جدول ۱).

در مطالعه Patistea و همکاران او در سال ۱۹۹۲ نیز میزان آگاهی خودآزمایی پستان در کارمندان زن تحت مطالعه ضعیف بود (۲۸).

در صورتی که در مطالعه Wongwattananan و همکاران او نمرات آگاهی دانشجویان در حد متوسطی بوده است (۲۹)، در نتیجه می توان استنباط نمود که دانشجویان کشور ما در مقایسه با دانشجویان دیگر کشورها آگاهی کمتری دارند.

قبل از آموزش نمرات حساسیت، شدت درک شده و موانع درک شده در سطح متوسط بود در حالی که نمرات منافع درک شده در حد خوب بود و نمرات راهنمای عمل نیز در سطح ضعیفی قرار داشت.

در مطالعه Wongwattananan و همکاران او نیز نمرات شدت درک شده در سطح متوسط و نمرات منافع درک شده در سطح خوبی بوده، در صورتی که نمرات حساسیت درک شده در آن مطالعه پایین تر از سطح متوسط و نمرات موانع درک شده در سطح خوبی قرار داشته است (۲۹).

در مطالعه Umeh, Rogan در سال ۲۰۰۱ شدت و موانع درک شده به عنوان پیش بینی کننده مهم خودآزمایی پستان بودند (۳۰). در حالی که بر طبق نظر Otool, Houston در سال ۲۰۰۲، آموزش شدت و حساسیت درک شده در گروه سنی دانشجویان لازم است. به عبارتی، در آن مطالعه ارتباط معنی داری بین حساسیت و شدت درک شده و عملکرد منظم خودآزمایی پستان به دست آمد (۳۱). بر اساس یافته های این بررسی، شایع ترین مانع اعتقادی خودآزمایی پستان، ندانستن روش صحیح معاینه بود. در مطالعه منتظری و همکاران او نیز دلیل مهم انجام ندادن خودآزمایی پستان کمبود آگاهی و اعتقاد بود (۳۲). در مطالعه Tanjasiri, Sablan نیز در سال ۲۰۰۱ زنانی که از نشانه های سرطان پستان مطلع بودند، بیشتر احتمال داشت که جهت انجام معاینه بالینی پستان مراجعه نمایند (۳۳).

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار نمرات آگاهی و عوامل تشکیل دهنده مدل اعتقاد بهداشتی با توجه به سطح تحصیلات مادر، در دانشجویان تحت بررسی (قبل از آموزش، ۸۲-۱۳۸۱)

P	F	جمع		دانشگاهی		متوسطه یا دیپلم		راهنمایی		ابتدایی		بی سواد		تحصیلات مادر آگاهی و عوامل مدل
		Mean ± Sd	n	Mean ± Sd	n	Mean ± Sd	n	Mean ± Sd	n	Mean ± Sd	n	Mean ± Sd	n	
۰/۰۶	۲/۳۴	۵/۶۴±۳/۵۷	۹۸	۷/۴۰±۳/۴۶	۱۵	۵/۴۴±۳/۹۲	۲۷	۶/۵۰±۴/۱۵	۱۴	۵/۲۶ ۳/۸۵	۳۴	۳/۰۴±۳/۱۳	۸	آگاهی
۰/۶۲	۰/۶۵	۶۲/۱۰±۳/۱۸	۹۸	۱۱/۱۳±۲/۲۹	۱۵	۱۰/۳۲±۲/۶۹	۲۷	۱۱/۱۴±۳/۶۳	۱۴	۱۰/۵۶ ۱/۵۲	۳۴	۱/۶۹±۱۰/۳۸	۸	حساسیت درک شده
۰/۸۱	۰/۳۹	۱۰/۳۱±۳/۶۸	۹۸	۱۰/۷۳±۲/۹۶	۱۵	۹/۹۳±۲/۲۰	۲۷	۹/۷۱±۳/۳۱	۱۴	۱۰/۳۲ ۳/۶۹	۳۴	۲/۸۳±۱۰/۶۳	۸	شدت درک شده
۰/۷۲	۰/۵۱	۲۰/۸۴±۳/۷۱	۹۸	۳۱/۸۷±۳/۸۹	۱۵	۳۰/۱۵±۴/۰۳	۲۷	۲۰/۸۶±۴/۳۷	۱۴	۲۰/۸۸ ۳/۱۲	۳۴	۲/۸۹±۳/۱	۸	تهدید درک شده
۰/۲۵	۱/۳۶	۱۶/۵۷±۳/۵۰	۹۸	۱۷/۸۷±۱/۹۲	۱۵	۱۶/۵۹±۲/۵۵	۲۷	۱۶/۴۴±۳/۰۸	۱۴	۱۶/۰۹ ۳/۳۴	۳۴	۲/۶۲±۱۶/۳۷	۸	منافع درک شده
۰/۰۴	۲/۵۲	۲۵/۰۸±۴/۱۲	۹۸	۳۴/۸۰±۵/۸۱	۱۵	۲۵/۸۹±۳/۵۶	۲۷	۲۷/۳۶±۴/۷۲	۱۴	۲۳/۶۵ ۳/۰۳	۳۴	۳/۶۶±۳/۵	۸	موانع درک شده
۰/۳۷	۱/۲۹	۲/۳۵±۱/۷۱	۹۸	۳/۱۳±۲/۱۳	۱۵	۲/۱۱±۱/۸۵	۲۷	۲/۰۷±۱/۲۷	۱۴	۲/۴۴ ۱/۶۰	۳۴	۱/۲۸±۱/۷۵	۸	راهنمای عمل در بعد خارجی

References

- 1- Sakala P. Elmar. (2000). "Obstetrics and Gynecology" 2nd ed. Philadelphia: Lippincott, p 383-84.
- ۲- بوركيت. اصول جراحی بوركيت. ترجمه فرهاد همت خواه، ویراستار شهیندخت کاظمی. تهران: شهراب، چاپ اول؛ ۱۳۷۶: ۵۹۶.
- 3- Huntkleey, Robb Geoffrey. L. et al. (2001). Breast Cancer. New York, Springer verlag, p 22.
- 4- Bruce.E Johnson, et al. (2000). Women's Health Care Handbook. 2nd ed, Philadelphia: Hanley & Belfus Inc, p 547.
- 5- Breast Cancer International Research Group. Docetaxel improves Survival and Reduces of ralapse in women health nood positive breast cancer. World Med J ; may, 2002 ; 48 (3): 40.
- 6- Brown. Kathleen. Management Guide lines for womens Health nurse practitioners. Philadelphia: FA. Davis, p 62.
- 7 -G. Willett walter, et al. (2000). Epidemiology and nongenetic causes of breast cancer. in: Jay R. Harris (edit) Disease of the breast cancer 2 end ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000.; 175 .
- 8- Roger Perry. (2001). Smith. .Gynecology Decision Making. Philadelphia: WB Saunders, p 50.
- 9- Donegan William, L.Spratt. Johns.Cancer of the Breast. 5 ed. Philadelphia: Saunders, 2002: 111.
- 10- A. Miller. Barry, et al. (1994). The Significance of the rising incidence of breast cancer in the united stated in: Vincent T. Devita ,Samuel Hellman Steven A. Rosenberg .Important advances in oncology, Philadelphia :J. B. Lippincott, p 194.
- 11- Zeleniuch. Jacquotte, Shore E. (1999). Roy. Breast Cancer. Churchill Livingstone, p 3.
12. Leon Speroff, Robert H. Glass, Nathang. Kase. (1999). Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertihity. 6 th ed, Philadelphia: LWW. p 612.
- 13-Berek Jonathan S. Novak Gynecology (2002). 13 th ed, Philadelphia: Williams Wilkins, p 1375.

در صورتی که بیشترین مانع اعتقادی معاینه بالینی پستان در این مطالعه خجالت کشیدن از معاینه پستان توسط پزشک بوده است؛ در مورد ماموگرافی نیز ترس از رسیدن اشعه به پستان بیشترین مانع اعتقادی بوده است.

بر اساس مطالعه LagerLund و همکاران او در سال ۱۹۹۷، زنانی که بالاترین نمرات موانع درک شده را داشتند، اکثراً در برنامه های غربالگری شرکت نکرده بودند (۳۴). همچنین در مطالعه حاضر، ارتباط معنی داری بین سابقه فامیلی سرطان پستان در نمونه های تحت بررسی با آگاهی و عوامل تشکیل دهنده مدل وجود نداشت. در مطالعه Leslie از دانشگاه آتلانتیک در سال ۲۰۰۳ نیز، ارتباط معنی داری بین آگاهی و سابقه سرطان پستان در افراد به دست نیامد (۳۵). در صورتی که در مطالعه Milaat در سال ۲۰۰۰ در کشور عربستان سعودی (۳۶) و Madanat, Merrill در سال ۲۰۰۲ (۳۷) ارتباط معنی داری بین آگاهی با سابقه خانوادگی سرطان پستان افراد تحت مطالعه به دست آمده است.

بر اساس نتایج این مطالعه و با توجه به آگاهی ضعیف دانشجویان رشته های غیر پزشکی و بروز روبه افزایش بیماری سرطان پستان در کشورمان، پیشنهاد می شود که در سر فصل واحد درس جمعیت و تنظیم خانواده، آموزش روش های پیشگیری از سرطان های شایع زنان (به خصوص سرطان پستان) گنجانیده شود.

28- Patistea E, Chliaoutakis J, Darviri C, Tselika A. (1992). Breast self - examination knowledge and behavior of Greek female health care professionals working in primary health care centers. *Cancer Nurse*. Dec; 15(6) , pp 415-21.

29- Umeh K, Rogan- Gibson .J. (2001). Perceptions of threat, benefits, and barriers in breast self examination among young asymptomatic women. *Br J Health Psychol*. 6 (part 4), p 361-372.

30-Jarvandi.S,et.al. (2002). Beliefs and behaviors of Iranian Teachers toward early detection of breast cancer and breast self examination. *Public health* ;116(4), p 245-49.

31-Tanjasiri. S.p,Sablan. Santos.L.Breast cancer screening among Chamorro women in southern California. *J-Womens-Health-gend-Based-Med*; 2001 Jun;10(5), p 479-85.

32- Lagerlund M.Hedinam,Sparen P,Thurfjell E, Lambe.M. Attitude, beliefs and knowledge as predictors of nonattendance in Swedish population - based mammography screening program. *Prev Med* ;Oct 2000;31(4):417-28.

33- Leslie NS, Deiriggi P, Gross S, DuRant E, Smith C, Veshnesky JG. (2003). knowledge attitude and practices surrounding breast cancer screening in educated Appalachian women. *Oncology Nur.F*. 30(4), p 659-667.

34- Milaat.W.A. (2000). Knowledge of secondary-school female students on breast cancer and breast self-examination in Jeddah Saudi Arabia. *East mediterr.H.J*. 6(2) p 338-43.

35-Madanat Hala,Merrill-Ray-M. (2002). Breast cancer risk factor and screening awareness among women nurses and teachers in Amman Jordan. *Cancer-Nurs*. Aug;25(4), p 276-82.

۱۴. صدیقی، ژیلا و همکاران. ارزیابی برنامه غربالگری سرطان پستان در سیستم مراقبت های اولیه بهداشتی کشور. فصلنامه پایش، سال اول، ۱۳۸۱، (۲): ۳۶.

15-Maykatharyn,R. Mahlmeister. Laura. *Maternity & Neonatal Nursing*. 2 end ed, Philadelphia: Lippincott, 1994, p 99.

16- Black Joyce M,et al. *Medical surgical nursing & Medical management for positive outcomes*. 6 th ed, Philadelphia: Saunders, 2001: 1014.

17- Herbert Arthur L, et al. (1992) *comprehensive gynecology*. 2nded ,Mosby. p 388.

18- Powell Deborah. E , Stelling Carol. B. (1994). *The diagnosis and detection of breast disease*. St. Louis: Mosby, p 73.

۱۹. لاو، سوزان. علل تشخیص و راه های جلوگیری از سرطان سینه، ترجمه ترانه ناظری، ویرایش رضا بابازاده تهران: موسسه فرهنگی نور دانش، ۱۳۷۷: ۱۳۵.

20- I. O. Grady , Loisf, et al. (1994). *A practical approach to breast disease*. Boston: Little brown and company, p 41.

۲۱. حریرچی، ایرج و همکاران. الفبای برخورد با بیماری پستان. تهران: موسسه انتشارات جهاد دانشگاهی، چاپ اول، ۱۳۷۷، ۷۹-۷۸.

۲۲. صلصالی، مرتضی و همکاران. نقش مرکز درمانی در معالجه سرطان پستان، مجله پژوهش در پزشکی، دانشکده پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، زمستان ۱۳۸۰، (۴): ۲۳۹.

۲۳- جانقربانی، محسن. حاتمی، حسین. عزیزی فریدون. اپیدمیولوژی و کنترل بیماری شایع در ایران، تهران: نشر استیاق، ۱۳۷۹: ۲۰۳.

۲۴- شجاعی زاده، داوود. مدل های مطالعه رفتار در آموزش بهداشت تهران: انتشارات اداره کل ارتباطات و آموزش بهداشت، حوزه معاونت بهداشتی، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، چاپ اول ۱۳۷۹: ۲۵-۲۹.

25- Tulchinsky Theodore. H, Varavikova Elena. (2000). *The new public health*. Sandiego : Academic press, p 99.

26- Lostae Lourdes, et al. (2001). Health beliefs and illness attitudes as predictors of breast cancer screening attendance , *Eup. J. Pub. Heal*. 11(4): p 274.

27- Marlene. B. Goldman. Maureen C. Hatch. (2000). *Women's health*. London: Academic press, p 871 .



Study of the Education Effect ion Knowledge and Believes of Female University Student (Dormitory Residents of Tehran University) About Breast Cancer Screening

F. Ebadi Fard A. (Ph.D)¹ / Sh. Rimaz. (Ph.D)² / M. Zakaria. K³ / F. Rahmati. N.K⁴

Abstract

Introduction: Breast cancer is the most common malignancy among women and second Leading cause of cancer mortality in most world wide. Many studies indicate that breast self examination (BSE) , clinical breast examination (CBE) and mammography reduce mortality of breast cancer.

This study surveys effect of education of prevention on breast cancer on knowledge and belief of university.students (B.S) students Residing in fatemieh dormitory's of Tehran university by application heath beliefs .

Methods: This study was quasi - experimental (before -after) carried out on 99 university students. Sampling was a cluster multi stage random method. Self-administered Questionnaire was prepared to collect the data. Paired T test , ANOVA, X² test were used to analyze the data. The educational method applied was giving lecture-companying Pamphlets and film and slide presentation. In this study Participants were between 20 - 25, 17.2 % of them had a positive family history of breast cancer, 12% of them were medical history of breast disease.

Findings: While the mean number of the group in the pre test was 5.68(from total 22), it became 16.96 in posttest.

paired T test indicated Mean of knowledge's and health belief score had a statistically significant difference between pretest and Posttest ($p < 0/0001$).

Results: Education about prevention of breast cancer can promote knowledge and Attitude about screening measurement of breast cancer.

Key words: *Knowledge, Belief, Screening, Breast Cancer.*

1 - Associat professor , School of Management and Medical Information Sciences, Iran University of Medical Sciences

2 - Professor Assistant, School of Health, Iran University of Medical Sciences

3 - Faculty member of Gazvin University of Medical Sciences and Health Sciences

4 - M.S. in Health Education

